

Consentimiento para Telehealth

Servicios que se prestarán a través de Telehealth:

- TeleMedicine
- TeleTherapy

Acepto recibir los servicios de atención médica proporcionados por MD/CRNP/LICSW como un servicio de Telemed.

- Sí
- No

Entiendo que el profesional de la salud se encuentra en otra ubicación. Un servicio de teleterapia significa que mi consulta con un profesional en el centro remoto se realizará mediante equipo audiovisual especial. Este consentimiento tiene una validez de 6 meses para servicios de teleterapia de seguimiento con el profesional de la salud, tratamiento médico, pago al profesional y operaciones de atención médica. El documento original se conserva en el expediente médico y el beneficiario recibe una copia.

También entiendo que:

- Puedo rechazar el servicio de telemedicina en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, y no se me pueden quitar los beneficios del programa al que de otro modo tendría derecho.
- Es posible que tenga que viajar para ver a un médico en persona si rechazo el servicio de telemedicina.
- Si rechazo los servicios de telesalud, las otras opciones/alternativas para mí, incluidos los servicios en persona, son las siguientes:
 - Organizar los servicios con otro proveedor por su cuenta y organizar su propio transporte según sea necesario.
 - Programar una cita para ver a nuestro médico/enfermero/terapeuta en persona entendiendo que puede ser la misma persona que hubiera visto a través de TeleMed.
 - Comprender que los días en persona con nuestro médico/enfermera/terapeuta no son tan frecuentes como nuestros días de TeleMed.
 - Otro:
- La misma protección de confidencialidad que se aplica a mi atención médica también se aplica a los servicios de telemedicina.
- Tendré acceso a toda la información médica derivada del servicio de telemedicina, según lo estipula la ley.
- La información del servicio de telesalud (definida como **imágenes que pueden identificarse como mías u otra información médica del servicio de telesalud**) no se puede divulgar a investigadores ni a ninguna otra persona sin mi consentimiento adicional por escrito.
- Se me informará de todas las personas que estarán presentes en todos los centros durante mi servicio de telesalud.
- Puedo excluir a cualquier persona de cualquier centro durante mi servicio de telesalud.
- Puedo ver a un miembro del personal o empleado debidamente capacitado en persona inmediatamente después del servicio de telesalud si surge una necesidad urgente **O** me informarán con anticipación que esto no está disponible.
- Puedo comunicarme con el proveedor de atención médica al número de teléfono **(334) 222-2523** para cualquier pregunta que tenga relacionada con los servicios médicos recibidos a través de un proveedor/sitio de telesalud.

He leído este documento atentamente y mis preguntas han recibido respuesta a mi satisfacción.

- Sí
- No

Me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento y he

Complet